

УДК 616.127-005.8-08.008.05.

Салахидинов Адилжон, профессор

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Андижанский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Резюме: Острый инфаркт миокарда связан, как правило, с нарушением целостности атеросклеротической бляшки и тромбозом коронарной артерии. Тактика лечения при инфаркте миокарда в первую очередь зависит от того, является ли закупорка просвета коронарной артерии полной или только частичной.

В первом случае всегда требуется проведение скорейшей реперфузионной терапии. При полной окклюзии крупной субэпикардальной коронарной артерии возникает трансмуральная ишемия, самым быстрым и наглядным показателем которой является элевация сегмента ST на ЭКГ.

Ключевые слова: миокард инфаркт, лечения, ишемия, интенсивная палата.

Salakhidinov Adiljon, professor

Department of Propedeutics of Internal Medicine

Andijan State Medical Institute

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Resume: Acute myocardial infarction is usually associated with a violation of the integrity of the atherosclerotic plaque and coronary artery thrombosis. The tactics of treatment for myocardial infarction primarily depends on whether the blockage of the lumen of the coronary artery is complete or only partial.

In the first case, prompt reperfusion therapy is always required. With complete occlusion of a large subepicardial coronary artery, transmural ischemia occurs, the fastest and most obvious indicator of which is ST segment elevation on the ECG.

Key words: myocardial infarction, treatment, ischemia, intensive ward.

Актуальность. Сегодня инфаркт миокарда (ИМ) остается таким же серьезным заболеванием, как и несколько десятилетий назад[4,7]. Вот только один из примеров, доказывающих тяжесть этой болезни: около 50% больных умирают до того, как успевают встретиться с врачом[1,6]. Вместе с тем совершенно очевидно, что риск ИМ для жизни и здоровья стал значительно ниже. После того, как 35 лет назад были разработаны основные принципы палат интенсивного наблюдения за коронарными больными и эти палаты начали реально работать в практике здравоохранения, существенно повысилась эффективность лечения и профилактики нарушений ритма и проводимости сердца больных ИМ и снизилась госпитальная летальность[3,8].

Надо сказать, что основные принципы и рекомендации по лечению острого ИМ, впрочем, как и для большинства других серьезных патологий, основываются не только на опыте и знаниях отдельных клиник, направлений, школ, но и на результатах крупных многоцентровых исследований, подчас проводящихся одновременно во многих сотнях больниц в разных странах мира[2,5]. Конечно, это позволяет врачу в стандартных клинических ситуациях быстрее находить правильное решение.

Цель исследования. Изучить возможности медикаментозной и эндоваскулярной коррекции коронарной, миокардиальной и цереброваскулярной недостаточности у больных инфарктом миокарда (ИМ) пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Результаты стационарного этапа оценивали у 137 пациентов с вышеуказанной сопутствующей патологией. Средний возраст пациентов составил 68,03 (медиана 67, интерквартильный размах 64-71) лет. Все пациенты были доставлены бригадами скорой медицинской помощи в среднем через 8,8 часов от начала ангинозного приступа. Среди поступивших пациентов пожилого возраста преобладали мужчины - 84 (61,3 %), количество женщин составило 53 (38,7%) соответственно.

Результаты исследования. У больных пожилого возраста с манифестирующими клиническими, ЭКГ и лабораторными признаками ИМ в 84,6 % случаев регистрируется предшествующая длительная АГ, в 62 % случаев стенозирующий атеросклероз ВСА с малосимптомными клиническими проявлениями. У 85 % больных данной категории острый период ИМ протекает с осложнениями, в том числе - сердечной недостаточностью более I класса по КлШр -19,2%, желудочковыми аритмиями выше II класса по Лауну-55,4%, стационарная летальность при этом составляет 16,01% и статистически превышает таковую у пациентов до 60 лет.

У больных пожилого возраста определена сильная корреляционная зависимость между суммарным индексом поражения КА и миокардиальной сердечной недостаточностью, прямая непрерывная зависимость между продолжительностью анамнеза АГ и наличием стенозирования ВСА с клиническими проявлениями хронической ишемии головного мозга. У больных пожилого возраста с признаками хронической ЦВН назначение антагониста кальция III поколения амлодипина в первые 24 часов от начала развития симптомов ИМ в составе комбинированной консервативной терапии безопасно, не вызывает нарастания сердечной, коронарной и цереброваскулярной недостаточности, способствует стойкой нормализации систолического и диастолического АД.

Инотропная стимуляция кальциевым сенситизатором левосименданом в сочетании с миокардиальной разгрузкой у больных ИМ пожилого возраста с признаками дисфункции ЛЖ способствует регрессу СН, увеличению скорости кровотока по ВСА, клиническому улучшению мозгового кровообращения, в том числе у больных с признаками многососудистого протяженного стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, не подлежащего эндоваскулярной реваскуляризации.

У больных ИМ пожилого возраста с признаками локального стеноза коронарных артерий, ХИГМ эндоваскулярная реваскуляризация симптом - связанной артерии в первые 12 часов от начала острого коронарного события безопасна, не вызывает больших геморрагических осложнений, способствует восстановлению перфузии миокарда, увеличению скорости по ЭКА, уменьшению признаков церебральной ишемии. В течение 12 месяцев постгоспитального наблюдения у этой категории больных достоверно реже регистрируются смертельные исходы (10,65% против 21,9%), частота обострений ИБС (29,8% против 63,6%) , ЦВБ (8,5% против 24,4%) по сравнению с группой без эндоваскулярных методов лечения, что обусловлено исходно более тяжелым поражением коронарного и церебрального бассейнов у таких больных.

Вывод. Результаты выполненной работы позволят при остром коронарном синдроме у больных пожилого и старческого возраста с учетом клинических особенностей течения заболевания, показателей внутрисердечной гемодинамики, проводить дифференцированную терапию, включающую ферментативную и эндоваскулярную реваскуляризацию миокарда.

Повышение выживаемости пациентов в течение 12 месяцев наблюдения после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда дает возможность более широко рекомендовать этот метод лечения у больных

ОКС с подъемом сегмента ST пожилого и старческого возраста в максимально ранние сроки заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Авксентьева, М. В. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / М.В. Авксентьева, П.А. Воробьев, В.Б. Герасимов, С.Г. Горохова, С.А. Кобина // М.: Ньюдиа-мед, 2000. 80 с.

2.Воробьев, П.А. Протоколы ведения больных / П.А. Воробьев // Пробл. стандарт, в здравоохран. 1999. - №1. - С. 40-56.

3.Ивлева, А.Я. Различия фармакологических свойств Р-адреноблокаторов и их клиническое значение / А.Я. Ивлева // Consilium Medicum. 2003. -том 5, № 11.-С. 641-646.

4.Мареев, В.Ю. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в лечении больных, перенесших острый инфаркт миокарда / А.А. Скворцов, В.Ю. Мареев // Русский медицинский журнал. 1999. - том 7, № 15. - С. 739-744.

5.Петров, В.И. Фармакоэпидемиологические исследования в России: основные направления и особенности / В.И. Петров, СВ. Недогода, А.В. Сабанов // Лекарственный вестник, 2005 — №3 — с. 5-10.

6.Явелов, И.С. Новые данные о применении антикоагулянтов для парентерального введения при остром инфаркте миокарда с подъемами сегмента ST на ЭКГ / И.С. Явелов // Consilium Medicum. — 2006. том 8, № 5.-С. 81-91.

7.Anis A.H. Evidence-based decision making: using submission guidelines to inform formulary approvals. The American Journal of Managed Care. Vol. 5, №3, p. 356-357.

8.Sloan F (ed). Valuing Healthcare: Costs, benefits and effectiveness of pharmaceutical and other medical technologies. Cambridge: Cambridge University Press, 1996